

EL ENIGMA DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP ENIGMA

MARÍA ANDREA MATURI

*Equipo de Interconsulta y Adultos del Hospital G. Durand. Facultad de Medicina.
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología y Psicopedagogía.
Universidad del Salvador. Buenos Aires. Argentina*

Resumen: Considero que apostar a la relación con el paciente es un desafío para los tiempos que nos tocan vivir como profesionales de la salud, donde la demanda de curación a corto plazo es constante, donde sólo caben los actos y las palabras quedan por fuera de dicho contexto.

Palabras Claves: Entrevista, enfermedad, médico-paciente, burnout.

Abstract: I consider that it is a challenge to encourage the doctor-patient relationship at the time we are living as health care professionals, in which the demand for short-term healing is constant, in which only actions are taken into account and words are left outside said context.

Key Words: interview, disease, doctor-patient, burn-out.

Correspondencia: Lic. en Psicología María Andrea Maturi.
E-mail: maria_maturi@yahoo.com

Recibido: 20 de diciembre de 2007

Aceptado: 14 de marzo de 2008

INTRODUCCION

Es difícil definir la relación con el paciente. Existe una gran cantidad de material teórico elaborado al respecto, pero poco se habla de la práctica cotidiana, de la experiencia que se adquiere en contacto con los pacientes. Por ello, la entrevista es una herramienta importante de nuestro trabajo cotidiano, nos servimos de ella para poder entender al paciente, al sujeto que se nos presenta con su problemática a cuestas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (1992) la entrevista implica la vista, concurrencia y conferencia de dos o más personas en un lugar determinado para resolver un negocio. Por lo tanto, la acción de la entrevista significa: mantener una conversación con una o varias personas sobre ciertos extremos para informar al público sus respuestas. A su vez implica tener una conversación con una o varias personas para un fin determinado.

Se podría pensar a la entrevista como un intercambio que contiene una direccionalidad o propósito planteado con anterioridad. Según Ocampo (1999) en toda entrevista existe un común acuerdo entre las partes, un conocimiento recíproco donde una de ellas pregunta y la otra responde.

La entrevista para Ferrari «es la formalización de un

encuentro que se realiza para determinados fines u objetos de trabajo. Incluye parámetros de tiempo, lugar y el rol de los protagonistas» (2). Al ser un instrumento fundamental en la práctica clínica, la entrevista tiene una característica primordial: refiere a un encuentro interpersonal donde intervienen aspectos psicológicos y debe darse en un contexto o ámbito de intimidad.

La entrevista médica es definida como tal porque contiene un «carácter asistencial», es decir que en dicho contexto se aloja y se responde a las necesidades que plantea la persona con respecto a su salud. Por lo tanto, la relación profesional-paciente se expresa mediante un vínculo donde se comparten experiencias emocionales, «da cuenta de lo que significan el uno para el otro y el lugar que uno tiene en la mente del otro». En términos psicoanalíticos corresponde a los aspectos transferenciales y contratransferenciales de toda entrevista.

Algunos profesionales prefieren utilizar entrevistas cerradas entendidas como interrogatorios donde dejan por fuera la espontaneidad o asociaciones de los pacientes. En cambio otros, utilizan entrevistas abiertas dejando que los pacientes manifiesten y asocien en función de su demanda. Se otorga libertad para las preguntas, intervenciones y tiene como característica ser flexible de acuerdo a cada situación. Bleger define a la entrevista abierta como un contexto de preguntas libres donde «el campo de la entrevista debe ser configurado fundamentalmente por las variables de la personalidad del entrevistado. Esto implica que lo que ofrece el entrevistador debe ser lo suficientemente ambiguo como para permitir la mayor puesta en juego de la personalidad del entrevistado» (3).

El paciente cuando se presenta lo hace mediante un rótulo, como si tuviera un cartel colgado en su pecho que diga «soy enfermo». Por lo tanto se debe tomar en cuenta no solo su expresión verbal: las palabras que utiliza, si recorta su discurso, si envuelve el discurso con argumentos con el fin de marearnos o perder el eje para interrogar; sino que se debe tomar muy en cuenta sus expresiones no verbales ya sean el tono de voz, sus movimientos, como se presenta, la postura, es decir lo no dicho. Estas expresiones nos dan una información importante de cómo es el paciente y a partir de allí es de donde debemos trabajar.

El paciente por medio de su enfermar establece una relación con el profesional y con el entorno que lo rodea. Esto significa que por medio de su cuadro situacional despliega su conflictiva interna, es decir su mundo psíquico, con lo cual nos da información de cómo nos ubica y se ubica el paciente a modo inconsciente.

Freud en *Introducción del Narcisismo* (1976), establece un narcisismo primario fundamental en la vida de todo

sujeto, es el momento donde madre e hijo forman una diada o célula narcisística; es decir que en dicho tiempo no existe una diferenciación entre el cuerpo de la madre y el del niño, ya que el mismo lo toma como una prolongación de sí. Por ende se toma a sí mismo como objeto de amor.

A su vez Freud establece un narcisismo secundario normal y patológico. El narcisismo secundario normal es aquel en donde la libido o energía que esta puesta en los objetos por algún factor es retirada de los mismos y regresa al yo. Distingue en dicho contexto al sueño y a la enfermedad orgánica como dos situaciones donde hay un total apartamiento del mundo externo y la libido se retrotrae en sí mismo. Pues bien, existe un narcisismo secundario patológico que corresponde según el autor a la parafrenia e hipocondría.

CONCLUSIONES

Es importante distinguir dos situaciones: los pacientes necesitan introyectar su libido y desconectar los canales de comunicación con el entorno para poder procesar el momento de su padecer ya sea de origen orgánico o psíquico como es el caso de un duelo. Pero existen pacientes que mediante su enfermedad extraen un beneficio secundario, ya sea manipular a su entorno, controlarlo, etc.

En el transcurso de la entrevista el paciente nos habla, nos habla con su cuerpo. Simboliza y metaforiza dolores, sensaciones, malestares; en definitiva les da un estatuto, les otorga un nombre y un lugar. Por lo tanto no hablamos de un cuerpo biológico sino de un cuerpo simbólico, que está atravesado por palabras o significantes que van dejando su impronta en el cuerpo. En definitiva son esas las marcas de la que padece cada sujeto.

La posición del profesional ante el paciente es de *empatía* entendida como la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro para comprender sus emociones, es decir su padecimiento pero poniendo cierta distancia emocional que es necesaria para no quebrantar el vínculo. Por lo tanto poder contener y sostener el dolor emocional y el despliegue de otros afectos es una función que en muchas situaciones es difícil de sostener.

En la actualidad la relación médico paciente está teñida por diversos factores que influyen y a su vez obstaculizan dicho vínculo. El mundo de la globalización ha realizado grandes avances científicos y técnicos a lo largo de los últimos 20 años, generando grandes avances en los diagnósticos y tratamientos; de dicha manera se han podido prevenir enfermedades: generando mejor calidad y expectativas de vida. Este avance trae aparejado el lema: **«la especialización y subspecialización para un mejor cuidado de la salud»**. Al surgir cada vez más especialidades, es decir trabajos

específicos en dichas áreas, hace que el médico termine siendo un gran técnico de su trabajo y que el paciente sea solo un cuerpo fragmentado en diferentes partes o partículas. Esto provoca cada vez más una ruptura y distanciamiento entre el profesional y el paciente.

En algunas ocasiones el paciente no conoce a su médico, sólo trata con un profesional del equipo, es decir con un *fellow*, donde la relación pasa a ser impersonal, anónima, de corta duración y donde sólo caben en dicho contexto exámenes o preguntas de rutina.

Estas situaciones generan en los pacientes ciertas fantasías en función al acto médico, fomenta la desconfianza, ideas persecutorias, miedos; generando en cierta medida un obstáculo a la hora de intervenir como profesionales como así también en el transcurso del tratamiento. De esta manera, los pacientes despliegan todo su mundo interno, ponen en evidencia sus mecanismos defensivos, sus personalidades demandantes o querulantes, en la mayoría de los casos.

A su vez, el mundo actual maneja cánones de individualismo extremo, donde la competencia e indiferencia fomentan aun más el aislamiento, el poco contacto con el otro; también se puede ver entre los diversos equipos de salud o colegas. La mercantilización de la medicina ha transformado la salud en un «bien de consumo», donde solo unos pocos tienen acceso a ella y deja a los profesionales impotentes frente a la falta de recursos para realizar su trabajo.

Los pacientes se informan cada vez más sobre su enfermedad, saben de medicación, de la diversidad de tratamientos y de técnicas diagnósticas, donde el profesional queda casi descalificado, deteriorando la relación entre ambos a tal punto, que el mismo debe cuidarse de cada palabra y decisión que toma.

El avance de la privatización de la salud, el monopolio de las obras sociales o sistemas prepagos, la baja remuneración a los profesionales donde las exigencias a las que se ven sometidos son «atender más pacientes a menor tiempo», la relación con los laboratorios, etc., son factores que dificultan el vínculo entre el médico y el paciente.

Por el sólo hecho de ser profesionales, es que estamos inmunes a enfermarnos o contraer alguna afección. Por lo tanto, si somos profesionales de la salud estaríamos destinados a no sentir, a no percibir el sufrimiento del otro que se nos presenta en nuestras consultas, en definitiva debemos funcionar como robots, sin posibilidad de enfermar porque nos ubicaría frente a los demás como débiles.

En estos últimos años ha surgido en el ámbito asistencial el Burnout. Es un «síndrome cuyos síntomas se vinculan con el desgaste físico, mental o emocional, que afecta a los profesionales de la salud y a todo trabajador cuya tarea consiste en estar en contacto con otras personas» (5). Prime-

ramente dicho término correspondía exclusivamente a los profesionales que trabajaban en los servicios de HIV, terapia intensiva u oncología. Pero con el correr de los años se fue extendiendo en diversos ámbitos.

La Organización Mundial de la Salud define al Burnout como un «síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de personas afectadas por enfermedades crónicas, que incide tanto en el staff como en los miembros de la familia. Como tal, complejiza y agrava las múltiples dificultades ya existentes en los servicios de salud, en sus funciones diarias».

El Burnout o Síndrome del quemado implica «volverse inútil por uso excesivo». Freudenberger (1974) fue el primero en utilizar el término y lo definió como «fallar, gastarse, sentirse usado, fracasado, agotado o exhausto debido a excesivas demandas». En 1980, modifica la definición por «un estado de fatiga y frustración como resultado de la devoción a una causa, estilo de vida o vínculos que fracasaron en producir la recompensa esperada».

Farber (1983) fue quien extendió el termino hacia todas las personas que se dedican a ayudar a otros, como es el caso de la docencia, el servicio social y el cuidado de la salud en general. Maslach (1977) buscó la relación entre los profesionales y sus contextos sociales y organizacionales. Según la autora «los factores situacionales están en el corazón del Burnout y el aspecto clave es estar emocionalmente exhausto». Creó el Maslach Burnout Inventory, test para investigar el grado de Burnout en los profesionales que consta de tres partes: el nivel de *desgaste emocional*, el nivel de *deshumanización* y el nivel de *sentimiento de incompetencia*.

Dicho Síndrome se caracteriza por *sentirse emocionalmente exhausto* (sentimiento de no poder dar más de sí mismo y conduce a la disminución del interés por los pacientes), *cambios en el área de los sentimientos* (mal humor, irritabilidad, indiferencia, desesperanza) y *cambios en el pensamiento* (idea de dejar el trabajo, desconcentración, pensamiento rígido, resistencia al cambio).

Considero que el contexto socio-económico, junto con los factores predisponentes y las experiencias infantiles, influyen en la adquisición de una enfermedad ya sea de origen orgánico o psíquico. Los pacientes que se nos presentan hoy en nuestros consultorios, son pacientes complejos, no son partes del cuerpo, son sujetos que sufren, que manifiestan su padecer por medio del lenguaje del cuerpo y del vínculo que establecen con nosotros. Los pacientes son complejos porque la relación entre el cuerpo y el psiquismo es compleja y desde allí es donde debemos trabajar, desde el vínculo entre ambos aspectos.

Trabajar para la salud es trabajar para establecer una buena relación con el paciente, donde el tiempo, la disposi-

ción y la escucha son piezas fundamentales, que en los tiempos de hoy son difíciles de sostener y son un enigma a resolver.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ocampo ME. La entrevista exploratoria. Actualizaciones. Boletín informativo 2000, Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP). Año 12, Número 38, 1999; 18-22.
2. Ferrari H. Salud Mental en Medicina: contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud, Editorial López Libreros, Buenos Aires 1996; cap. XXIII, 262-4.
3. Bleger J. Temas de psicología (Entrevista y grupos), Ed. Nueva Visión, 1971; Pág. 34.
4. Freud S. Obras completas. Amorroutu Editores, Buenos Aires, 1976. Tomo XIV.
5. Claves Revista: Extensiones Científicas, Mesa redonda: los profesionales y el Síndrome de Burnout 1999; 125-27.
6. Freudenberger H. Staff burn-out. Journal of Social Issues 1974; 30:156-65.
7. Farber E. The effects of stress on pshysicians and their medical practice. N Engl J Med 1983; 306: 458-63.
8. Maslach C. The burn-out syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly 1977; 6: 100-13.